Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

GŁOS POŁOŻNEJ

MIESIĘCZNIK SPOŁECZNO-LEKARSKI

REDAKTOR: Dr med. ALINA BREWDA.

REDAKCJA I ADMINISTRACJA WARSZAWA, Żelazna 76 m. 32 tel. 3.22.50. Konto w P.K.O. Nr 811.

CENY OGŁOSZEŃ:
1/1 str. — Zł. 800
1/2 str. — Zł. 400
1/4 str. — Zł. 200

PRENUMERATA:
Półrocznie — Zł. 1.—
Rocznie — Zł. 2.—
Nr pojedyńczy 20 gr.

Rok IV. Warszawa. dn. 25 sierpnia 1939 r. Nr 8 (33)

Ankieta

WALKA ZE ZNACHORSTWEM WYMAGA ZASTOSOWANIA METOD NAJSKUTECZNIEJSZYCH.

POŚWIĘCAJĄC STALE WIELE MIEJ SCA TEMU ZAGADNIENIU ROZPISUJEMY TYM RAZEM A N K I E T Ę PT.:

Jak walczyć ze znachorstwem

Zapraszamy Panie Położne do jak najliczniejszego udziału w tej ANKIECIE.

Za najlepsze odpowiedzi Redakcja „Głosu Położnej" wyznacza dwie nagrody:

I — ZŁ. 25.— oraz bezpłatną roczną prenumeratę „Głosu Położnej"
II — ZŁ. 15.— oraz bezpłatną roczną prenumeratę „Głosu Położnej"

Odpowiedzi muszą być rzeczowe, oparte na doświadczeniu i muszą wskazywać najskuteczniejsze środki walki ze znachorstwem.

Odpowiedzi nagrodzone oraz wyróżnione będą drukowane w „GŁOSIE POŁOŻNEJ".

Termin nadsyłania odpowiedzi upływa 15 września 1939 r.

Odpowiedzi należy kierować do Redakcji „GŁOSU POŁOŻNEJ" — Warszawa, Żelazna 76 m. 32 pod: „ANKIETA".

Książka pomocą położnej

O roli położnej na wsi i ciężkiej jej pracy na tym terenie, pisaliśmy już niejednokrotnie; zagadnienie to bowiem stanowi jeden z ważniejszych problemów, związanych nierozerwalnie z wykonywaniem odpowiedzialnego zawodu położnej.

Położna na wsi zwalczać musi wiele przeszkód, przedzierać się przez gąszcz ciemnoty, przesądów i wiekowej tradycji. Dotarcie do serca i rozsądku matki wiejskiej stanowi jedno z pierwszych i bodaj najtrudniejszych zadań położnej, pracującej na wsi.

Do realizacji tego celu prowadzić może droga ustnej perswazji, osobiste oddziaływanie położnej na jej wiejskie otoczenie, praca społeczna itp., ale głównym instrumentem, który posłuży do zapewnienia kobiecie wiejskiej racjonalnej położniczej opieki, a nade wszystko do przekonania o jej potrzebie, jest bez wątpienia oświata. Czynnikiem propagandowym o największej bodaj sile oddziaływania jest tania i popularnie napisana książka.

Brak takiej książki, napisanej w sposób popularny, jasny a pouczający przez osobę doświadczoną w tej dziedzinie, dawał się odczuwać od dłuższego czasu. Lukę tę wypełniła książka napisana przez dyplomowaną położną p. Marię Kulczyńską p.t. „Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna?" Praca ta, wydana nakładem Zarządu Głównego Polskiego Czerwonego Krzyża, służyć ma popularyzowaniu wśród kobiet wiejskich zagadnień, związanych z ich zdrowiem jako matek i żon, ma też na celu zwrócenie uwagi na panujące dotychczas przesądy i zabobony w „lecznictwie domowym wiejskim", na tragiczne skutki korzystaina z pomocy babek zamiast z racjonalnej opieki położnej wyszkolonej i uczciwej, oraz pouczenie kobiety o funkcjach naturalnych jej organizmu. Książka ta napisana przez osobę fachowo wyszkoloną, przez położną znaną z rozległej praktyki, przystępna pod względem treści i wydana staraniem Czerwonego Krzyża po niezwykle niskiej cenie, nie przekraczającej kilkudziesięciu groszy, może i powinna znaleźć się w każdym domu polskim na wsi i w mieście. Książka ta będzie dla położnej pomocą w jej zawodowej pracy, związanej z istoty swej z obowiązkiem cywilizowania ludności wiejskiej i szerzenia wśród niej zainteresowania dla sprawy zdrowia i tężyzny fizycznej. Więcej takich książek, a położne będą miały choć w części ułatwione zadanie.

Omówienie książki p. Marii Kulczyńskiej: „Co kobieta wiejska o macierzyństwie wiedzieć powinna?", z którą radzimy się zapoznać p. położnym, wykaże, jakiego to typu książki potrzebne są położnym w pracy.

Pani Kulczyńska we wstępie do swej pracy zaznaczyła, iż zamierzeniem jej jest pouczyć swoje czytelniczki, które powodowane fałszywym wstydem czy brakiem wiadomości, nie doceniają całego szeregu niebezpieczeństw, grożących ich zdrowiu, a co za tym idzie — dobru Państwa i Narodu.

Rozdział pierwszy ma właśnie na celu to pouczenie kobiety wiejskiej i wpojenie przekonania, że funkcje naturalne jej organizmu winny być chronione ze względu na interes jej własny, rodziny i narodu. Czynności naturalne organizmu nie mogą być powstrzymywane przez praktyki osób nie powołanych, to jest babek, uprawiających nagminnie na wsi swój proceder. Zagadnienie „babkarstwa" i szkód wynikłych wskutek tych praktyk zostało szeroko omówione przez p. Marię Kulczyńską w rozdziale zatytułowanym: „Zagadnienia opieki położniczej na wsi". Pani Kulczyńska zwraca uwagę przede wszystkim na brak zrozumienia dla ważności tej opieki w masach ludowych. To niedocenianie należycie zorganizowanej opieki położniczej powoduje, iż budżety samorządów gromadzkich, w których nie zasiadają kobiety, niechętnie asygnują swój grosz na ten cel.

Podamy za p. Kulczyńską wielce charakterystyczne zestawienie: na jedną położną przypada:

w woj.	poznańskim	139	porodów rocznie
„ „	warszawskim	172	„ „
„ „	lubelskim	390	„ „
„ „	poleskim	540	„ „
„ „	nowogródzkim	804	„ „
„ „	wołyńskim	1168	„ „

Stwierdzono iż prywatnie praktykująca położna może obsłużyć 50—60, a najwyżej 90 porodów rocznie, tak więc w Polsce jest za mało położnych, a te, które są już wyszkolone i do wykonywania zawodu odpowiednio przygotowane, zostały wskutek warunków pracy i poziomu kulturalnego wsi polskiej wadliwie rozmieszczone, z upośledzeniem terenów wiejskich. Faktem bezsprzecznym jest, iż olbrzymia większość porodów odbywa się w Polsce bez opieki położniczej, przy pomocy siejących zarazę i śmierć — babek. Wieś, która daje 75% ogólnej liczby porodów w Państwie Polskim, jest obsługiwana przez 25% położnych, co w połączeniu z brakiem na wsi lekarzy i szpitali daje jak najgorsze wyniki. Wskutek wadliwie zorganizowanej opieki położniczej na wsi ginie wiele kobiet i dzieci, i dlatego usilnie dążyć należy do właściwego zorganizowania opieki nad ogromną większością matek i dzieci polskich.

(Dokończenie obok)

Przy doprowadzaniu opieki położniczej do lepszego stanu należy zdaniem doświadczonej położnej, p. Kulczyńskiej, uwzględnić trzy zasadnicze momenty: 1) wpłynąć na zmianę ustosunkowania się kobiet wiejskich do zawodu położnej (drogą odpowiedniej propagandy, podniesienia poziomu oświatowego wsi i t. d.), 2) ułatwić masowy napływ do tego odpowiedzialnego zawodu kandydatek, pochodzących ze wsi (kobieta wiejska ma więcej zaufania do osoby znanej jej od dzieciństwa, związanej z nią pochodzeniem itp.), 3) zapewnić położnym pochodzącym ze wsi, po odpowiednim przeszkoleniu, powrót do miejscowości, z których pochodzą.

Przy werbowaniu i szkoleniu położnych ze wsi pochodzących należy przede wszystkim zwalczyć przesąd, iż praca położnej jest zajęciem ubliżającym i poniżającym dla gospodarskiej córki lub żony.

Książka p. Kulczyńskiej może stanowić wzór pracy przeznaczonej do popularyzowania higieny na wsi, a mającej zarazem służyć jako pomoc położnej.

Położnej musi zostać ułatwione jej ciężkie zadanie podnoszenia poziomu zdrowotnego i kulturalnego wsi polskiej.

Zagadnienie jest poważne. Ludność polska stanowi dobro kraju, które nie może być powierzone babkom i zdane na łup przesądom i ciemnocie.

I. M.

Listy do Redakcji

Redakcja każdego niemal pisma otrzymuje codziennie większą lub mniejszą serię listów, pełnych uwag, żalów i skarg. Gdy pismo jest popularne, cieszy się odpowiednim powodzeniem i zaufaniem swoich czytelników, wówczas korespondencja jest bardzo obfita. Czytelnik chętnie zwraca się do redakcji pisma, radzi się jej w różnych sprawach publicznych, organizacyjnych, zawodowych, dzieli się z nią swoimi uwagami, podaje wszelkiego rodzaju fakty. Redakcja zazwyczaj udziela odpowiedzi w specjalnych działach, nieraz natomiast tylko listownie.

Ta wzajemna wymiana myśli zbliża czytelnika do pisma, wydawnictwu zaś pozwala dostosować poziom, kierunek i treść pisma do potrzeb i żądań czytelników. Każde pismo cieszy się, gdy otrzymuje listy od swoich czytelników, gdyż świadczy to o jego poczytności i popularności. Brak takiej korespondencji wskazuje, że pismo nie budzi wśród swoich czytelników żadnego zainteresowania.

Nie wszyscy zdają sobie jednak sprawę, jaką rolę odgrywa pismo, jakie zajmuje stanowisko społeczne, do czego może się przyczynić, a czego nie jest w stanie zrobić. Dlatego też z codzienną pocztą nadchodzi do redakcji pism bardzo duża ilość listów, które nie są skierowane pod właściwym adresem.

Należy pamiętać, że każde pismo jest placówką **publiczną,** a jako taka nie może się zajmować sprawami jednostek, lecz wyłącznie **ogółu.** Tylko te sprawy, które dotyczą zbiorowości, mogą być rozpatrywane na łamach pisma, mogą stanowić przedmiot jego specjalnego zainteresowania. Gdyby pismo zajmowało się sprawami jednostki, przestało by odgrywać rolę społeczną stało by się organem prywatnym. Prasa zaś swoje powodzenie i swoją siłę zawdzięcza właśnie temu społecznemu charakterowi wystąpień. Dzięki temu liczą się z głosem prasy, który w niejednej sprawie decyduje o takim lub innym jej rozwiązaniu.

Redakcja każdego pisma mając na uwadze interesy swoich czytelników wprowadza specjalne działy t. zw.: odpowiedzi redakcji, porad prawnych lub zawodowych. W tych działach redakcje pism starają się służyć wyłącznie interesom poszczególnych czytelników. Oczywiście, że ramy pisma ograniczają zakres tych specjalnych działów. Toteż odpowiedzi są zazwyczaj bardzo lakoniczne. Zbyt obszerne traktowanie bowiem spraw prywatnych — jak już zaznaczyliśmy na wstępie — mija się z celem pisma, jest niewskazane i niepożądane ze względów społecznych.

Dlaczego poruszamy te kwestie?

Bo i redakcja naszego pisma otrzymuje codziennie dość liczną korespondencję. Wiele listów porusza sprawy bardzo ważne, istotne, interesujące ogół. Ale również i wiele listów ma charakter zupełnie prywatny. Ta żali się na swój ciężki los, tamta prosi o jakąkolwiek pomoc, inna pyta o radę, jeszcze inna domaga się pracy itd. itd.

Czy możemy tym wszystkim pomóc, czy jesteśmy w stanie w każdym wypadku udzielić odpowiedniej rady, czy możemy uczynić zadość każdej prośbie i czy możemy wskazać adresy odpowiednich warsztatów pracy? Oczywiście, jesteśmy w tych wszystkich wypadkach bezsilni. Nie mamy rady. Kierujemy wówczas nasze korespondentki do właściwych organizacji zawodowych wiedząc z góry, że i one nie wiele mogą w tych sprawach pomóc. Bo mają również na celu szersze zadania.

Nie ulega wątpliwości, że każda sprawa osobista może być potraktowana w szerszym zakresie, na tle ogólnym. Ale nie wszystkie sprawy wymagają publicznego rozważania. Jedynie tylko te, których poruszenie na łamach prasy może przynieść jakąkolwiek korzyść ogółowi czytelników.

Gdy sprawa ma natomiast tło społeczne, dotyczy ogółu, poruszamy ją bardzo chętnie w odpowiednich artykułach redakcyjnych (nie jako sprawę pani X czy pani Y, lecz jako sprawę ogólną) wskazując właściwe rozwiązanie.

Listy do redakcji są zatem bardzo pożądanym materiałem. Oczekuje się ich z niecierpliwością. Aby jednak były rozważane publicznie, muszą dotyczyć zagadnień ważnych. Wybaczcie więc nam, Szanowne Czytelniczki, gdy czasem Wasz list pozostaje bez odpowiedzi. Nie znaczy to wcale, że nie współczujemy Wam, lub nie doceniamy ważności Waszej sprawy. Rozumiemy Was dobrze, ale jako placówka społeczna dajemy wyraz tylko tym zagadnieniom, które mogą przyczynić się do rozwoju zawodu położnych, które mogą wskazać metody i środki do walki o lepszą jego przyszłość.

Ze skrzynki pocztowej wyjmujemy listy z radością. Cieszy nas, że korzystamy z Waszego, Szanowne Czytelniczki, zaufania. Świadczy ono bowiem, że „Głos Położnej" jest organem potrzebnym i dobrze spełnia swoje zadania.

Dr med. Józef Bzura

Choroby zakaźne późnego lata, ich znaczenie społeczne i walka z nimi

Okres późnego lata i wczesnej jesieni zaznacza się w medycynie w naszych warunkach występowaniem chorób zakaźnych przewodu pokarmowego. Chodzi tu o dur brzuszny, porodowy i czerwonkę. Rok rocznie o tej porze, a nie kiedyindziej, wydziały zdrowia powiatowe i miejskie są zmuszone do otwierania specjalnych oddziałów szpitalnych dla osób chorych na wyżej wymienione cierpienia i do łożenia dużych sum na ich zwalczanie. Wytłómaczenie tego zjawiska perjodycznego występowania epidemii znajdziemy w prześledzeniu procesu rozwoju zarazków oraz w wyszukaniu dróg, przez które one dostają się do organizmu ludzkiego.

Zarazki durów i czerwonki przebywają przede wszystkim w wodzie, poza tym na owocach i jarzynach. A ponieważ późne lato — to okres dojrzewania owoców i spożywania ich w dużej ilości, zrozumiałe więc, że wtedy właśnie nasilenie choroby jest największe. Ale zaznaczyć trzeba, że sporadyczne przypadki zdarzają się przez cały rok.

Do wody zarazki duru i czerwonki dostają się bądź z organizmów chorych, wydzielane z kałem i moczem bądź też z nosicicli, to jest ludzi nie chorujących, ale wydalających zarazki. Nosicielem może być człowiek zupełnie zdrów, który nigdy nie chorował, a który wskutek swej dużej odporności potrafił skutecznie przeciwstawić się zarazkom, atakującym jego ustrój. Osiedliły się one w jego przewodzie pokarmowym, tam się rozwijają i nie szkodząc swemu gospodarzowi, wydostają się stale na zewnątrz, szerząc chorobę. Innym typem nosicieli są ludzie, którzy dur przebyli. Jak wykazały badania przeprowadzone na olbrzymim materiale, w kilku procentach przypadków pomimo wyzdrowienia zarazki w ustroju nie giną i pozostają przez b. długie lata w pęcherzyku żółciowym, rzadziej w drogach moczowych i są wydalane na zewnątrz. Nosiciele ci, z punktu widzenia epidemiologicznego, są szczególnie niebezpieczni, gdyż walka z nimi jest bardzo utrudniona. Gdy mamy przed sobą chorego, izolujemy go i unikamy zarażenia. A ludzi zdrowych — nosicieli zarazków izolować nie można, a poza tym są oni nam po większej części nieznani i tylko przypadek pozwala wykryć nosicielstwo.

Omówię po kolei te schorzenia, zaczynając od najważniejszego — duru brzusznego.

Dur brzuszny występuje częściej u mężczyzn, aniżeli u kobiet. Atakuje ludzi najczęściej między 15—60 rokiem życia. Jak w każdej chorobie zakaźnej, występuje tu tak zw. okres inkubacji, czyli wylęgania choroby. Jest to czas, jaki upływa od chwili wtargnięcia bakteryj do organizmu aż do wystąpienia pierwszych objawów schorzenia. Jest on potrzebny na odpowiedni rozwój drobnoustrojów w organiźmie i na przeprowadzenie z nim pierwszej zwycięskiej walki — zaatakowanie odpowiedniego narządu. Okres ten trwa w danym wypadku od kilku do kilkunastu dni. Krótszy lub dłuższy czas trwania tegoż zależy od ilości wtargniętych zarazków, od ich zjadliwości oraz od sił obronnych ustroju. Zarazki duru brzusznego dostają się do naszego organizmu za pośrednictwem jamy ustnej, skąd — według jednych — idą wprost naturalną drogą kanału pokarmowego do jelit cienkich i atakują ich kępki tkanki chłonnej, według innych zaś, — w jamie nosowo-gardzielowej atakują migdałki, a z nich dopiero drogą krwi lub limfy dostają się do tkanki chłonnej jelit cienkich, skupionej w postaci małych grudek pod śluzówką. Tak czy owak, już w pierwszym tygodniu choroby można we krwi chorego stwierdzić obecność pałeczek durowych.

Dur brzuszny rozpoczyna się gorączką, która w pierwszym tygodniu wśród znacznych wahań stopniowo się podnosi i na 6—7 dzień zazwyczaj dochodzi do 40°. Równocześnie występuje b. silny i uporczywy ból głowy, niezmiernie charakterystyczny dla duru. Jest on wyrazem zaatakowania przez jady bakteryjne centralnego układu nerwowego. Stąd też chory leży zupełnie odurzony (stąd nazwa: dur), słabo reagując na bodźce zewnętrzne. Ze strony przewodu pokarmowego występuje zupełny brak apetytu. Język jest suchy i obłożony, brzuch wzdęty, bolesny w dole przy ucisku. Stolec czasami zaparty, czasami rozwolniony. W tym drugim wypadku jest on zielonkawy,porównywany do zupy grochowej. Począwszy od drugiego tygodnia poprzez trzeci gorączka zazwyczaj trzyma się na wysokości 39—40°, ulegając tylko b. nieznacznym wahaniom.

Śledziona ulega obrzmieniu i wyczuwa się wyraźnie pod łukiem żebrowym. Na piersiach i brzuchu występuje różyczka durowa w postaci drobnych, różowych, wzniesionych nad powierzchnię skóry plamek. Pod koniec czwartego tygodnia gorączka wśród dużych wahań stopniowo zaczyna opadać i w szóstym tygodniu mamy zazwyczaj zakończenie choroby.

Nie zawsze jednak przebiega ona tak szczęśliwie. Szczególnie niebezpieczny jest koniec trzeciego i czwarty tydzień. W tym to bowiem okresie grudki chłonne w jelitach, które uległy martwicy w postaci strupów zaczynają się oddzielać i ulegają wydaleniu z kałem. Niejednokrotnie zdarza się wtedy krwotok kiszkowy z nadżartego naczynia krwionośnego, który nieraz jest tak silny, że doprowadza do śmierci. Również bardzo groźnym powikłaniem tego okresu jest przedziurawienie jelita. Występuje to wtedy, gdy proces martwicy grudki chłonnej obejmie całą grubość jelita. Zjawia się nagły dotkliwy ból w brzuchu, nudności, wymioty, temp. spada, a tętno jest b. przyśpieszone. Rozwija się rozlane zapalenie otrzewnej, które niechybnie prowadzi do śmierci.

Ogólna śmiertelność w durze brzusznym waha się od 5% — 15% w zależności od złośliwości epidemii, wieku chorych, warunków ogólnych i t. d. Przyczyną śmierci jest albo niewydolność serca zwykle silnie atakowanego przez zarazki duru, albo powikłanie takie, jak krwotok jelitowy, zapalenie otrzewnej, zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowych.

Paradury czyli dury rzekome są wywołane przez bakterie blisko spokrewnione z durem. Przebiegają one pod postacią dwóch form klinicznych. Jedna z nich zupełnie przypomina dur właściwy i dopiero badanie bakteriologiczne wykrywa właściwą przyczynę. Przebieg jednak zazwyczaj jest tu łagodniejszy, powikłania występują rzadko, a śmiertelność nie przekracza 1%. Druga postać — to ostry nieżyt żołądka i jelit, czyli tak zw. choleryna. Człowiek najczęściej nabywa chorobę przez zakażone mięso lub mleko, gdyż zarazki te są bardzo rozpowszechnione wśród bydła rogatego. Okres wylęgania trwa krótko, a zaburzenia najczęściej występują b. gwałtownie. Zjawiają się silne bóle brzucha, nudności i wymioty. Temp. się podnosi rozmaicie wysoko. Często zabarwienie podżółtaczkowe skóry. Równocześnie też gwałtowna biegunka. Cała sprawa trwa kilka dni i likwiduje się szybko. Niekiedy biegunka jest tak silną, że stolce analogicznie do cholery upodabniają się do odwaru ryżowego. Mogą też wystąpić bolesne kurcze łydek i wśród objawów postępującej zapaści pomimo wszelkich wysiłków chory umiera.

Czerwonka jest wywołana przez pałeczki czerwonkowe i rzekomoczerwonkowe, a więc nie jest jednolita pod względem etiologicznym. Zarazki dostają się do organizmu wraz z zakażonymi produktami spożywczymi lub wodą. Dostawszy się doń, osiedlają się w jelicie grubym, które atakują, wywołując tam owrzodzenia. Okres wylęgania trwa około 6 dni. Choroba rozpoczyna się ogólnym niedomaganiem, gorączką, bólami brzucha i biegunką. Ilość stolców może być bardzo duża (50 dziennie). Są one papkowate i zawierają dużo śluzu i krwi. Przebieg i czas trwania choroby jest rozmaity, w zależności od rodzaju bakterii, które ją wywołały. Zazwyczaj czas trwania nie przekracza 4 tygodni. Ogólna śmiertelność dochodzi do 10%.

Omówiłem pokrótce objawy kliniczne i epidemiologję chorób zakaźnych przewodu pokarmowego, występujących u nas w okresie późnego lata i wczesnej jesieni. Już z tego pobieżnego szkicu łatwo zrozumieć, jakie olbrzymie są szkody społeczne wywołane przez te schorzenia. Duża stosunkowo śmiertelność (10%) stawia je na jednym z pierwszych miejsc przyczyn zgonów. Ilość rąk ludzkich unieruchomionych, oraz liczba dni pracy straconych w ciągu roku jest tak olbrzymia, że zapobieganie i zwalczanie tych chorób, ażeby dało odpowiednie rezultaty, musi się odbywać na drodze społecznej.

Zajmują się tym zarówno czynniki rządowe, jak i samorządowe, a obowiązkiem każdej uświadomionej jednostki jest udzielanie jak największej pomocy. Żadne wydatki nie będą tu za duże, gdyż w rezultacie przez zapobieżenie chorobie osiągniemy znaczny zysk.

Jakie są sposoby zapobiegania tym chorobom?

Ponieważ głównym źródłem bakteryj chorób przewodu pokarmowego jest woda, należy dbać o jej jakość. Studnie powinny być odpowiednio zabezpieczone, a woda stale kontrolowana. W okresie epidemii spożywanie surowej wody oraz surowych nieobranych owoców nie powinno mieć miejsca. To jednak nie wystarczy, i ażeby skutecznie zwalczyć dur i podobne schorzenia należy przeprowadzać **szczepienia ochronne.** Niestety, pod tym względem uświadomienie w naszym społeczeństwie jest jeszcze b. słabe. Wydziały zdrowia robią wszystko, aby każdy obywatel mógł się szczepić. U nas jelnak wśród dużej liczby ludzi, nawet inteligentnych, panuje niechęć do szczepienia. I nietylko, że nie zgłaszają się sami na stacje odpowiednie, ale starają się ominąć je tam, gdzie jest ono przymusowe.

Prawdą jest, że szczepienie nie zawsze daje odpowiednie rezultaty. Ale należy silnie podkreślić, że olbrzymia większość ludzi szczepionych nie choruje. Szczególnie dobre wyniki daje szczepionka P. Z. H. wprowadzona podskórnie.

Pamiętajmy więc wszyscy w miesiącach letnich sami się szczepić i innych agitować, a oddamy wielką przysługę społeczeństwu.

Dr med. Józef Bzura

Uwagi na temat odżywiania niemowląt

W Nr. 24 „Nowej Medycyny i Kosmetyki dla wszystkich" znajdujemy ciekawe uwagi o odżywianiu niemowląt. Niżej podajemy ten artykuł sądząc, że może on zainteresować nasze czytelniczki:

Od dawna dyskutowana jest sprawa zasadnicza: odżywianie sztuczne czy naturalne? Dzisiaj nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jedynie pierś matki jest najlepszym pożywieniem dziecka. Statystyka stwierdza, że z pośród dzieci karmionych piersią zmarło w 1-ym miesiącu życia 16,9%, w 2-im — 5,8%, w 3-im — 3,7%, z pośród karmionych sztucznie — w 1-ym m. życia — 54,7%, w 2-im — 24,6%, w 3-im — 21,2%.

Karmienie piersią nie daje jednak, jak to stwierdzają badania ostatnich czasów, ani absolutnej, ani względnej odporności na zakażenia.

Kwestia terminu odstawiania od piersi rozpatrywana jest przez niektórych autorów nawet w ten sposób, że w klasach niezamożnych termin ten można przesunąć nawet poza pierwszy rok życia pod warunkiem dokarmiania dzieci pożywieniem stałym.

Ciekawe są spostrzeżenia lekarskie nad wpływem tego czy innego sposobu karmienia na dalszy rozwój dziecka.

Wynika z nich, że karmienie piersią przynajmniej w ciągu pierwszych 4 miesięcy życia, stanowi wybitną gwarancję lepszego rozwoju pod każdym względem. Stąd powstały różne metody utrwalania mleka kobiecego; najlepszą okazała się metoda zamrażania: mleko takie utrzymuje wszystkie swe własności do 250 dni; nadaje się przede wszystkim do odżywiania wcześniaków. Zbyt małą ilość białka w tym wypadku podwyższają, dodając 2% calcium caseinicum (zwłaszcza wówczas, gdy waga dziecka jest niższa od 1800 gr.). Wobec trudności otrzymywania w handlu mleka kobiecego Dr. Narfan poleca dla karmienia wcześniaków mieszankę z jednej trzeciej pokarmu naturalnego i dwóch trzecich maślanki.

Ciekawą jest również sprawa zjawisk allergicznych u dziecka (wymioty, biegunka, kolka, wyprysk), którego matka spożywa pewne gatunki białka; usunięcie tego białka z pożywienia matki usuwa również objawy allergii u dziecka. Zjawiska przypominające powyższe objawy allergiczne, spostrzegać się dają i u dzieci z obniżeniem poziomu cukru we krwi, jako wyniku niedostatecznej ilości pokarmu.

Niezależnie od powyżej poruszonych kwestii młodą matkę interesować będzie zagadnienie praktyczne, dotyczące ilości pożywienia w różnych okresach życia niemowlęcia. Ażeby udzielić odpowiedzi na to pytanie, należy uwzględnić 3 zasadnicze sposoby karmienia: a) odżywianie naturalne, b) odżywianie mieszane (mleko kobiece, uzupełniane mieszankami mleka krowiego) i c) odżywiane sztuczne (wyłącznie mieszankami mlecznymi).

Odżywianie naturalne: *Ile mleka kobiecego powinno niemowlę wypijać na dobę? Poniżej podajemy odnośne liczby w przybliżeniu.*

1-go dnia obywa się noworodek bez mleka (zamiast pokarmu otrzymuje wodę albo lekką herbatę).

2-go dnia — około 100 gr. mleka,
3-go dnia — około 200 gr. „
4-go dnia — około 300 gr. „
5-go dnia — około 350 gr. „
6-go dnia — ookło 400 gr. „
7-go dnia — około 450 gr. „

W połowie II-go tygodnia otrzymuje niemowlę 500 gr., w połowie IV-go tygodnia — 600 gr., w połowie VIII-go tygodnia — 800 gr.

W późniejszych okresach ilość dobowa pokarmu nie przekracza 1-go litra. Dokładniejsze obliczanie ilości niezbędnej mleka wymaga ważenia dziecka przed pokarmem i po pokarmie. Z chwilą, gdy wiemy, ile dziecko waży, odpowiednie liczby otrzymujemy kierując się następującą formułą: W pierwszych tygodniach życia niemowlę wypija pokarmu przeciętnie jedną piątą do jednej szóstej swojej wagi na dobę, w II-gim kwartale — 1/7, w późniejszych okresach — 1/8. O ilości spożytego pokarmu dowiadujemy się, ważąc dziecko po każdym karmieniu i sumując poszczególne porcje. Czas trwania karmienia wynosi do 20 minut; już w ciągu pierwszych 5 minut niemowlę wysysa lwią część należnej mu racji pokarmowej. W pierwszych dniach życia dajemy dziecku po karmieniu około 25—30 gr. lekkiej herbaty. W ten sposób pokrywamy zapotrzebowanie młodziutkiego organizmu na wodę.

Do pięciu miesięcy niemowlę otrzymuje pierś 6 razy na dobę, co 3 godz., z 9-godzinną przerwą nocną. Od połowy roku do końca roku liczba posiłków wynosi 5 razy na dobę, w odstępach 4-godzinnych.

Odżywianie mieszane: *Rozróżniamy trzy rodzaje mieszanek zwykłych o różnej wartości kalorycznej, stanowiącej o pożywności mieszanki. Pierwsza mieszanka na 100 gr. zawiera 50 gr. mleka i 50 gr. wody, poza tym 5% cukru i 1% mąki pszennej; druga mieszanka zawiera dwa razy tyle mleka, co wody, 5% cukru i 2% mąki pszennej; trzecia wreszcie mieszanka zawiera czyste mleko, 5% cukru i 3% mąki pszennej.*

Zamiast mąki pszennej użyć możemy doskonałej odżywki, a mianowicie Fosfatyny Faliera, która składa się z odpowiednio dobranych mączek zbożowych, różnych skrobii, cukru, kakao, a poza tym zawiera tak ważne dla rozwoju kośćca sole fosforanowo - wapniowe.

W tych przypadkach, gdy brak naturalnego pokarmu jest nieduży i równomierny, dziecko otrzymuje po każdym uprzednim karmieniu piersią brakującą resztę w postaci mieszanki mlecznej. Inaczej postępujemy wtedy, gdy dostateczną ilość pokarmu można otrzymać tylko w godzinach rannych (znaczny brak pokarmu, niemożność karmienia z powodu pracy matki i t. p.). Tu zalecamy karmienie naprzemian piersią i mieszanką; niezależnie zaś od tego trybu postępowania, jeżeli pokarmu jest bardzo mało, uzupełniamy go za każdym razem odpowiednią ilością mieszanki.

Dr. med. BEHA.

Mgr Anna Janowska

Surowice

Lekarz współczesny obok szczepionek zyskał jeszcze jedną potężną broń w walce z chorobami zakaźnymi, mianowicie surowice.

Wytwarzanie różnorodnych surowic szło w parze z wytwarzaniem szczepionek.

Leczenie surowicami polega na tym ,że ciała obronne wytworzone przez organizm zwierzęcy podaje się człowiekowi w formie już gotowej. Klasycznym przykładem jest surowica przeciw jadom wężów. Niektóre jady są tak silne, że jeden gram może uśmiercić w ciągu kilku godzin milion myszy.

W naszym klimacie nie ma takich strasznych gadów, jakie żyją w krajach podzwrotnikowych. W faunie bowiem europejskiej do jadowitych wężów należą tylko żmije, a ukąszenia przez nie są stosunkowo rzadkie. W krajach jednak tropikalnych dziesiątki tysięcy tubylców staje się ofiarami jadowitych gadów. Toteż od dawna uczeni szukali broni przeciw tej strasznej truciźnie.

Udało się to wreszcie Calmette'owi i Guérinowi, profesorom Instytutu Pasteura w Paryzu. Stwierdzili oni, że indyjscy „zaklinacze" wyłamują wprawdzie wężom ich jadowite zęby, ale często zostają przedtem pogryzieni; mimo to pozostają przy życiu. Rzecz w tym, że „zaklinacz" daje się co pewien czas ugryźć przez bardzo młode węże, mające słaby jad, dzięki czemu organizm nabiera odporności.

Wyzyskując to spostrzeżenie uczeni francuscy z narażeniem własnego życia wycisnęli jad z paszczy straszliwych okularników, a potem wstrzyknęli go koniowi w minimalnej dawce, takiej jaką mógł znieść. Stopniowo potem zwiększali dawkę, uodporniając w ten sposób konia na jad okularnika metodą szczepienia(porównaj artykuł poprzedni „Szczepionki — nowoczesna broń lekarza"). Wtedy uczeni upuścili krew koniowi, pozwolili, aby skrzepła i wydzieliła się żółta ciecz, zwana surowicą; w niej znajdują się przeciwjady wężowe, wyprodukowane przez konia.

Surowica konia, zawierająca owe ciała obronne, wstrzyknięta człowiekowi ukąszonemu chroniła go przed śmiercią. Zwierzę odegrało tu rolę „fabryki" przeciwjadów na pożytek człowieka.

Dziś surowicę przeciw truciznom wężów wyrabia na wielką skalę Instytut Pasteura w Paryżu. Specjalni „łowcy" wężów przynoszą tam codziennie ogromne skrzynie, w których wiją się splątane cielska jadowitych gadów. Wyciska się im z paszczy jad, który służy do sporządzania surowic. U nas Państwowy Zakład Higieny w Warszawie posiada specjalną surowicę przewjadową, którą stosuje się przy ukąszeniu przez żmije.

Podobnie jak surowicę przeciw jadom żmij, wytwarza się inne surowice, z których najpopularniejsza jest przeciwdyfterytowa. Jest ona pierwszą wogóle znaną surowicą. Zarazki dyfterytu, t. zw. pałeczki Löfflera, produkują truciznę (toksynę) tak silną, iż ułamek jej grama wystarczy, by zabić konia. Uczony niemiecki. Behring i francuski, Roux, zaczęli uodporniać toksyną dyfterytową konie, z których później pobierali surowicę.

Dziś surowica przeciwdyfterytowa dociera do najdalszych zakątków świata, ratując setki tysięcy dzieci przed strasznymi męczarniami i śmiercią z uduszenia.

Jeśli uodpornianie szczepionkami nazwiemy uodpornianiem czynnym, bo ustrój sam bierze w nim udział, to uodpornianie surowicą nazwiemy biernym. Ustrój bowiem korzysta z czyjejś pomocy, z obcej „fabrykacji". Wstrzykujemy człowiekowi ciała już gotowe, wyprodukowane przez inny organizm, mianowicie zwierzęcy.

Szczepionki stosujemy przeważnie w celach zapobiegawczych, surowice — w celach leczniczych, gdy ustrój jest już chory, aby przez zwiększenie ciał obronnych pomóc mu do zwalczenia choroby. Odporność uzyskana przez surowicę występuje wprawdzie b. szybko, gdyż dajemy gotowe już ciała obronne, ale też szybko ustępuje. Dlatego też surowica może mieć naogół tylko znaczenie lecznicze, a nie zapobiegawcze. Aby uzyskać odporność trwałą ustrój sam musi się wysilić, co spowodować można przez szczepienie.

Wprowadzenie surowic do lecznictwa wywarło potężny wpływ na sposób leczenia chorób zakaźnych, które stały się daleko mniej niebezpieczne. Gdy dawniej dyfteryt pochłaniał 80% i więcej chorych, dziś przy należytym stosowaniu surowicy śmiertelność nie przekracza 2—3%.

Obecnie produkuje sie już na wielką skalę rozmaite surowice oddające nieocenione usługi, jak przeciw zgorzeli gazowej, tężcowi, płonicy, błonicy, czerwonce, zapaleniu opon mózgowych, jadom wężów i wielu innym chorobom.

Bardzo szczęśliwie się składa, że zwierzęta mogą nam służyć do wytwarzania surowic na użytek ludzi. Gdy dawniej zwierzęta używane były wyłącznie do prac laboratoryjnych, obecnie są one hodowane setkami przez specjalne instytucje do produkcji szczepionek i surowic. Należy jednak podkreślić, że surowice i szczepionki nie tylko mają znaczenie dla ludzi. Są one również używane w zwalczaniu chorób zakaźnych u zwierząt, np.: surowica przeciw różycy świń, przeciw wąglikom itp.

Nadejdzie może dzień, kiedy szczepionkami i surowicą zwalczać będziemy mogli wszystkie choroby zakaźne. Dzień ten jest jeszcze daleki, lecz już teraz surowice i szczepionki stanowią potężną broń w ręku lekarza.

Mgr Anna Janowska.

Z prasy lekarskiej

Przypadek wynicowania macicy

Chora A. K., lat 22, wieśniaczka, zgłosiła się na oddział 3 listopada 1938 r. w 8 miesięcy po porodzie; podała, że „babka" asystująca przy porodzie pociągnęła za pępowinę celem wydobycia łożyska; chora uczuła wówczas silny ból. brzucha, straciła przytomność, a gdy się ocknęła, „tonęła" — jak mówi — we krwi. Przez 8 dni po porodzie samoistnie nie oddawała ani moczu, ani stolca, nie krwawiła i nie gorączkowała. Po opuszczeniu łóżka poczuła, że przy chodzeniu coś jej przeszkadza.

Po zgłoszeniu się do szpitala stwierdzono: pęknięcie krocza drugiego stopnia, z szyi sterczy twór twardy, gładki, wielkości małego jabłka. Obrączkę szyi macicy wyczuwa się dokoła trzonu. Poprzez wziernik widoczny jest opisany wyżej twór, pokryty śluzówką, krwawiący silnie przy dotyku. Otworów ujść trąbek nie udało się zauważyć. Poprzez brzuch nie wymacuje się trzonu macicy, nie wyczuwa się również lejka, tak charakterystycznego dla wynicowania macicy. 19.XI przetoczono 360 cm^3 krwi, 2.XII dokonano operacji według metody Künstera zmodyfikowanej przez Westermarka, Boreliusa i Piccoli'ego.

Na 15 dzień po operacji chorą wypisano do domu w stanie dobrym. Badanie ginekologiczne wykazało: nieznaczne rozdarcie szyjki po stronie lewej, ujście szparowate, trzon macicy w przodozgięciu mały, twardy, niebolesny, przydatki i przymacicza bez uchwytnych zmian.

DR A. BREWDA.

Kiedy serce wypoczywa

Od pracy serca zależy krążenie krwi w organizmie, a praca ta nawet przy zupełnym spoczynku jest wprost olbrzymia.

Podczas każdego skurczu komora serca wypycha do naczyń krwionośnych od 60 do 100 gramów krwi. W ciągu minuty, przy 70 skurczach, 7.000 gr. Jeżeli weźmiemy średnio 5.000 czyli 5 litrów, to na dobę serce wypycha na obwód 7.200 litrów.

Obliczono, że praca obu komór serca równa się 16128 kilogramometrom. Gdybyśmy założyli, że człowiek pozostaje w bezruchu 60 lat, to praca jego serca równałaby się 350 milionom kgm, a serce wykonałoby przez ten czas 2 biliony skurczow. Gdybyśmy wyobrazili sobie, że wysiłek serca trwający 60 lat wykonany będzie w jednej chwili, to praca serca równałaby się wysiłkowi 4375 tysięcy ludzi, z których każdy podniósłby na wysokość 1 metra ciężar odpowiadający 80 kilogramom!

W rzeczywistości praca serca jest pięcio- lub dziesięciokrotnie większa, ponieważ człowiek porusza się i pracuje, a pozostaje w spoczynku około ośmiu godzin na dobę, kiedy śpi.

Wiadomo, że serce nasze pracuje bez przerwy, kurczy się i rozkurcza całe życie — od narodzin do śmierci. Zdawałoby się, że nigdy nie wypoczywa. W rzeczywistości tak nie jest. Ponieważ jednak życie organizmu nie dałoby się pogodzić z dłużej trwającą przerwą w pracy serca, wypoczywa ono jedynie czas krótki po każdym skurczu.

Skurcz i rozkurcz trwa 0,8 sekundy. Obliczono, że na skurcz przypada 0,3, a na rozkurcz i przerwę 0,5 sekundy. Z tego można obliczyć, że czas odpowiadający wypoczynkowym okresom na dobę wynosi 14 godzin 48 minut. Wówczas okaże się, że serce człowieka 60-cioletniego pracowało zaledwie 23 lata, a resztę czasu wypoczywało.

Dr A. R.
(„Droga do Zdrowia")

Przegląd prasy lekarskiej obcej

Pielęgnowanie wcześniaków

Streszczenie artykułu prof. Madera za „Kliniką Współczesną", nr. 5, 1939.

Autor świadomie pomija zagadnienie, wciąż jeszcze sporne i drastyczne, czy warto trudzić się wychowywaniem istot do życia pozapłodowego niedojrzałych, istot słabych i — ze stanowiska biologicznego — mniej wartościowych. Niestety — nie znamy najczęściej mechanizmów, wywołujących poród przedwczesny i nie umiemy mu zapobiegać. Z drugiej strony wiadomo przecież z obszernych i wiarygodnych statystyk, że z dzieci tych nieraz wyrastają zdolne i dzielne jednostki. Ze stanowiska społecznego przeto należy wszelkimi dostępnymi środkami starać się utrzymywać wcześniaki przy życiu, nie szczędząc wysiłku ani kosztów.

Trudności, na jakie napotyka lekarz w dziale pielęgnacji wcześniaków, wynikają z nieprzystosowania dzieci tych do warunków życia pozapłodowego, bardziej — jeśli tak rzec można — samodzielnego. Dla ustroju, który winien — zwykłą koleją rzeczy — spoczywać w temperaturze wnętrza ustroju matki, odżywiając się pokarmami strawionymi już przez zaczyny matczynego przewodu pokarmowego i oddychając jej tlenem, warunki pozamacicznego bytowania są warunkami wysoce niefizjologicznymi. Stworzyć warunki cieplne, odżywcze, atmosferyczne jak najbardziej zbliżone do tych, jakie otaczałyby dziecko w odpowiadającym jego wiekowi okresie życia wewnątrzmacicznego — oto naczelne zadanie lekarza, czuwającego nad rozwojem wcześniaka.

Względnie najłatwiej zapewnić ustrojowi wcześniaka właściwą ciepłotę zewnętrzną. Bynajmniej nie potrzeba tu żadnych kosztownych aparatów, łóżeczek cieplnych itp. Wystarczy całkowicie hermetycznie zamknięte naczynie z ciepłą wodą. Znacznię ważniejsze, niż ścisłe dawkowanie ciepła, jest jego szybkie zastosowanie po urodzeniu się dziecka. Właśnie pierwszym i wielce groźnym dla życia wcześniaka niebezpieczeństwem jest transport do kliniki, w czasie którego noworodek wystawiony zostaje na wielogodzinne zazwyczaj działanie zimna. Z takiego przeziębienia dzieci, urodzone przedwcześnie, ważące poniżej 1500 g., przeważnie już nie mogą się wydźwignąć. Tym też tłumaczyć sobie należy różnice w ocenie śmiertelności wcześniaków, jakie widać w statystykach oddziałów położniczych i dziecięcych. W oddziałach położniczych, gdzie moment transportu nie wchodzi w rachubę, pielęgnacja wcześniaków daje na ogół wyniki znacznie bardziej zachęcające.

O wiele trudniej, niż na ciepłotę ustroju wcześniaka, udaje się wpłynąć na jego oddychanie. Samodzielna czynność oddechowa stanowi dla płodu 7—9-miesięcznego „nadspodziewany" wysiłek, trudny do pokonania głównie dlatego, że w okresie tym ośrodki oddechowe nie są jeszcze w pełni wykształcone. Stąd możliwość asfiksji („bladej" lub „sinej"), której leczenie może być tylko doraźne, a które jest w ogólności zaburzeniem ciężkim i groźnym dla życia. Lecz nawet poza napadami bezdechu rytm oddechowy dzieci urodzonych przedwcześnie jest z reguły nieprawidłowy i wymaga stałego stosowania środków pobudzających oddychanie, które przecież w tym okresie życia nie są pozbawione przykrych działań ubocznych i łatwo — w razie przedawkowania — wywołać mogą napady drgawkowe. Wchodzą tu w grę lobelina i leki do niej zbliżone. Podajemy je zatem w dawkach małych, nie rezygnując z nich jednak niemal nigdy, bowiem groźba powikłań płucnych, związanych z niedostatecznym przewietrzeniem, stanowi nazbyt poważne memento w pielęgnacji wcześniaków. Odoskrzelowe zapalenie płuc jest najczęstszą — obok niezdolności do życia i urazu porodowego — przyczyną śmierci dzieci urodzonych przedwcześnie, a niedodma płuc jest nieraz jej bezpośrednią przyczyną. Niestety — mechanizm powstawania zrazikowego zapalenia płuc jest tak złożony i tak niedostatecznie poznany, że w wielu wypadkach — pomimo najstaranniejszej opieki — nie udaje się zapobiec chorobie. Rozwinięta bronchopneumonia wymaga leczenia bardzo ostrożnego i — co najważniejsze — nie schematycznego. W pierwszym rzędzie odnosi się to do wystawiania dziecka na działanie świeżego powietrza (Frei und Frischluftbehandlung); niewątpliwie metoda ta daje w wielu razach wyniki korzystne, niemowlęta jednak i dzieci urodzone przedwcześnie znoszą ją często bardzo źle, popadają nawet niekiedy śród sinicy i duszności w stan ciężkiej zapaści, co zmusza do natychmiastowego zaprzestania podjętego leczenia. Natomiast powtarzane systematycznie przetaczanie drobnych ilości krwi — zdaniem autora — daje niemal zawsze wyniki pomyślne. Należy również — drogą ograniczenia pokarmu — zapobiegać powikłaniom kiszkowym, z których zwłaszcza wzdęcie i związane z nim wysokie ustawienie przepony oraz poprzeczne ułożenie serca są sprawą poważną i wymagają energicznego wkroczenia. Stosujemy tu lewatywy z dodatkiem węgla zwierzęcego, a w razie potrzeby — leki krążeniowe, przede wszystkim — kofeinę, strychninę (0,005-10,0 — 1 do 2 azy dziennie po 1 ccm.), gdy występują objawy niewydolności serca, stosować należy również środki ściśle nasercowe, jak strofantyna i tp. w 10 % rozczynie cukru gronowego.

Sprawa żywienia wcześniaków, tj. sprawa jakości właściwego pokarmu i techniki jego podawania, jest jeszcze niedostatecznie opracowana. Główna trudność polega na tym, że w zasadzie każdy pokarm, nie wyłączając matczynego, a nawet młodziwa, jest dla dzieci, urodzonych przedwcześnie, pokarmem niefizjologicznym. W 7—9 miesiącu życia układ pokarmowy nie trawi przecież pokarmów samodzielnie, lecz otrzymuje je w postaci strawionej przez żyły pępkowe. W zasadzie zatem należało by podawać wcześniakom jedynie glukozę, polipeptydy i aminokwasy oraz glicerynę i kwasy tłuszczowe, nie mówiąc już o tym, że i wówczas akt przyjmowania pokarmu musiałby być dla ustroju dziecka czynnością niezwykłą ze względu na nową drogę wprowadzania pożywienia. Mimo tych teoretycznych przesłanek i zastrzeżeń powszechnie stosuje się jednak mleko kobiece (jeśli można — młodziwo), podając je zawsze we flaszce, a unikając pipetki czy zgłębnika.

Wbrew wszelkim staraniom śmiertelność wśród dzieci, urodzonych przedwcześnie, sięga 50%. Podobne liczby podają zgodnie wszystkie wielkie kliniki i szpitalne oddziały dziecięce. Liczby te w ostatnich latach nie uległy zmniejszeniu w stopniu tak wybitnym, jak odsetek zejść śmiertelnych śród noworodków i niemowląt w ogóle. Opoterapia nie spełniła nadziei, jakie w niej pokładano. Systematyczne przetaczanie krwi matczynej (co 2-gi dzień 5—10 ccm.) wzmaga odporność wobec zakażeń i — rzecz interesująca — skraca okres żółtaczki, a w przypadkach żółtaczki ciężkiej okazać się może metodą wprost zbawienną. Nie tylko w 1-ym roku życia, lecz również i później, aż do 3-go roku życia, dzieci urodzone przedwcześnie łatwiej ulegają chorobom i gorzej dają sobie z nimi radę, choć wagowo nieraz dorównywają dzieciom donoszonym zupełnie.

Odnośnie umysłowego rozwoju wcześniaków spostrzeżenia autorów nie są zgodne. Wielu szacuje odsetek niezdolnych na 50%. Inni — na 3%. Wydaje się, że często brak zdolności umysłowych, podobnie jak i sam poród przedwczesny, są wyrazem skazy rodzinnej i nie mogą być uważane za następstwo przedwczesnego porodu. Jest rzeczą pewną, że — jak o tym wspominaliśmy już na wstępie — znaczna większość dzieci urodzonych przedwcześnie, skoro szczęśliwie przekroczy granicę 3-go i 4-go roku życia, rozwija się pod względem intelektualnym w sposób najzupełniej pomyślny. (Die Aerztl. Praxis, Nr 1, 1939).

Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża i Konwencja Genewska

Od chwili jej powstania do wojny światowej 1864—1914

Konwencja Genewska stanowi prawną podstawę wszelkich poczynań Czerwonego Krzyża — wiekopomny akt jego powstania i jego racji bytu uznany przez cały świat cywilizowany.

Cofnijmy się wstecz o 75 lat do roku 1864. Czerwony Krzyż dopiero co powstał, lecz nie posiadał jeszcze prawnie ujętej i zatwierdzonej przez Rządy ustawy. Koncepcję Czerwonego Krzyża uosabia i popiera t. zw. Komitet Pięciu składający się z 5-ciu wybitnych obywateli genewskich, wśród których zajmuje czołowe stanowisko Henryk Dunant, autor „Wspomnienia z Solferino", pierwszy szermierz o ideę roztaczania opieki nad rannymi bez różnicy narodowości. Już w roku 1863, Komitet przemianował samorzutnie swoją nazwę **Komitetu Pięciu** na **Komitet Międzynarodowy,** zaznaczając przez to, iż nie wątpi o tym, że z czasem idea, o którą walczy obejmie wszystkie narody. Ludzie sceptyczni uśmiechają się pobłażliwie i mówią: „Niezniszczalne marzenia"...

Na Prezesa Komitetu wybrano jednego z pięciu członków, Gustawa Moynier, znakomitego prawnika genewskiego.

Na prośbę Komitetu, Rząd szwajcarski zaprasza na konferencję dyplomatyczną do Genewy przedstawicieli wszystkich niemal państw europejskich i Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej. Delegaci tych państw przybywają na oznaczoną datę — Komitet Pięciu przedstawia szereg wniosków i postulatów, traktujących szczegółowo o dwóch podstawowych zasadach:

1) Obowiązek przysługujący w czasie wojny stronom wojującym opiekowania się rannymi żołnierzami bez różnicy narodowości — wychodząc z założenia, że ranny nieprzyjaciel przestaje być wrogiem i że należy mu się taka sama opieka, jak własnym żołnierzom.

2) Nietykalność szpitali, ambulansów i zatrudnionego personelu sanitarnego, lekarzy, sanitariuszy i sanitariuszek.

Pod względem ujęcia prawnego, prawdziwym twórcą Konwencji przedstawionej delegatom państw do zatwierdzenia, był Gustaw Moynier.

Obrady nad treścią poszczególnych punktów Konwencji trwały kilka dni; uzgodniono bez wielkiej trudności ostateczną treść 10-ciu artykułów.

Dnia 22 sierpnia Konferencja dyplomatyczna zebrała się w pełnym składzie w pięknym gmachu ratusza genewskiego. Odczytano treść 10-ciu artykułów i przestawiciele 12 państw europejskich podpisali wiekopomną Konwencję Genewską. Po raz pierwszy w dziejach świata, tak licznie zebrane grono przedstawicieli najpotężniejszych mocarstw i pomniejszych państw podpisywali oficjalnie umowę, opartą wyłącznie na zasadach miłosierdzia i najszczytniejszych idei humanitarnych.

Rządy zgłaszające swój akces do Konwencji Genewskiej zobowiązywały się do przestrzegania jej zasad — przez to samo do popierania pracy i rozwoju narodowych Towarzystw Czerwonego Krzyża, które na wypadek wojny, miały być cenną pomocą dla wojskowej służby zdrowia danego państwa.

W chwili podpisywania Konwencji istniało tylko siedem narodowych Towarzystw Czerw. Krzyża, ale już w kilka miesięcy po zakończeniu Konferencji Genewskiej przekonano się o ogromnym znaczeniu humanitarnym podpisanej Konwencji. Dania i Niemcy rozpoczęły zbrojną walkę o Ks Szlezwigu. Po raz pierwszy ujrzano na polu walki sztandar Czerwonego Krzyża, powiewający nad szpitalami i ambulansami polowymi. Sanitariusze zjawiali się z noszami na pobojowisku, podnosili rannych żołnierzy i odnosili ich do punktu opatrunkowego. Wszyscy mieli na ramieniu opaskę ze znakiem Czerwonego Krzyża, jak również lekarze i pełne poświęcenia kobiety, pełniące obowiązki pielegniarek.

Była to poniekąd ogniowa próba Czerwonego Krzyża. Wynik przeszedł wszelkie oczekiwania. Wojskowe służby zdrowia zarówno niemiecka jak i duńska uznały, że Czerwony Krzyż oddał ogromne usługi armiom walczącym i dobrze się zasłużył ojczyźnie i ludzkości.

To pierwsze zetknięcie się z rzeczywistością, ten pierwszy chrzest ognia podniosły ogromnie znaczenie i powagę Czerwonego Krzyża. Zaczęły powstawać nowe narodowe Towarzystwa. W każdej następnej wojnie Czerwony Krzyż odgrywał coraz donioślejszą rolę; w twarde i bezlitosne prawo wojny wnosił pierwiastek miłosierdzia i pomocy.

Komitet Międzynarodowy pozostawał w stałej styczności z nowopowstającymi Czerwonymi Krzyżami, poza tym co kilka lat, narodowe C. K. zapraszały kolejno do siebie przestawicieli wszystkich innych narodowych Towarzystw oraz członków Komitetu Genewskiego. Te wielkie zebrania, podczas których omawiano wspólnie wszystkie sprawy, związane z popieraniem rozwoju i pracy Czerwonego Krzyża, nosiły nazwę „Międzynarodowych Konferencji Czerwonego Krzyża".

Pierwsza taka konferencja odbyła się w Paryżu w r. 1867, zwoływano je następnie: w Berlinie, w Genewie, w Karlsruhe, w Rzymie, w Wiedniu, Petersburgu, Londynie i Washingtonie. Do roku 1914 odbyło się 9 wielkich Międzynarodowych Konferencyj Czerw. Krzyża.

Z biegiem lat uznano, iż wobec wciąż zmieniających się warunków wojny nowoczesnej — Konwencja Genewska wymaga pewnych uzupełnień. Międzynarodowy Komitet postanowił wspólnie z Rządami wprowadzić szereg koniecznych zmian, a przede wszystkim rozciągnąć jej zasady na walki, toczące się na morzu, i zapewnić nietykalność okrętom szpitalnym.

W lipcu 1899 roku zebrani w Hadze przedstawiciele państw i narodowych Czerw. Krzyży podpisali dodatkową **Konwencję Haską** o zastosowaniu do wojny morskiej zasad Konwencji Genewskiej.

Dopiero po upływie siedmiu lat, w r. 1906 rozszerzono bardzo znacznie tekst Konwencji Genewskiej, wprowadzając szereg nowych artykułów, opartych na nabytem doświadczeniu i wynikających z konieczności uzupełniania pewnych braków w tekście opracowanym 42 lata przedtym przez Gustawa Moynier.

Rozszerzona i uzupełniona Konwencja Genewska podpisana w Genewie dn. 6 lipca 1908 r. przez pełnomocników rządów świadczyła wymownie o stale wzrastającym znaczeniu Czerw. Krzyża na terenie międzynarodowym i o powszechnym uznaniu dla jego niezastąpionej i pełnej poświęcenia akcji humanitarej, gdy wybiła groźna godzina wojny.

Co warto przeczytać?

Lekarze piszą



Pamiętniki lekarzy. Wydawnictwo Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Warszawa 1939.

Dr Z. Delta, Pamiętnik lekarki. Towarzystwo Wydawnicze „Rój". Warszawa 1939.

Dr George Sawa, Jak zostałem chirurgiem. Towarzystwo Wydawnicze „Rój". Warszawa, 1939.

Coraz częściej lekarze chwytają za pióro. Nie lekarze-literaci, lecz właśnie lekarze-praktycy; nie poto by dać czytelnikom opowieść z fantazji wysnutą, lecz by zwierzyć się ze swych przeżyć związanych z pracą zawodową.

Oto leżą przed nami trzy pokaźne tomy. Dwa z nich, zbliżone do siebie formą, to książki zdecydowanie autobiograficzne. Impulsy do ich napisania tkwiły w duszy autorów. Trzecia książka („Pamiętniki lekarzy") — najpokaźniejsza — to zbiorowy plon inicjatywy społecznej. Że wszystkie trzy na płaszczyźnie społecznej się spotykają, tego nie trzeba dodawać. Różne były tylko ich początki.

Nie są to jednak suche zbiory faktów i „przypadków". Same opisy kliniczne — to byłby prawie podręcznik. Żeby z tego tworzywa powstały książki tętniące życiem i pełne refleksji (jak te, o których piszemy), nato lekarz-autor musi stać się istotnym ich bohaterem, musi pisać pamiętnik. Do pamiętnikarstwa należą też te książki.

O „Pamiętnikach lekarzy" powiedzieliśmy, że stanowią plon inicjatywy społecznej. Nie dziw: wydawnictwo to Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Plon rozpisanego przez ten Zakład konkursu na pamiętnik lekarza ubezpieczeniowego. Dzieło o siedmiuset bezmała stronach.

Trzeba powiedzieć wyraźnie: plon to nie tylko obfity, ale i wielce pożyteczny. Księga ta jest spokojnym „rachunkiem sumienia" i głośnym krzykiem zarazem.

Pożyteczną jest przez to, że wiele wyjaśnia, wiele tłumaczy. Ludzie przyzwyczaili się molestować na „chorą kasę"; to ich prawo. Nie będziemy tutaj kusili się o rozstrzygnięcie, ile w tych narzekaniach racji, ile nieporozumień. To pewna, że w tej całej skomplikowanej machinie ubezpieczeniowej lekarz niejednokrotnie należał do najbardziej pokrzywdzonych. Obowiązkiem jest go wysłuchać; nadarza się sposobność.

„Lekarz zatrudniony w Ubezpieczalni — pisze w Przedmowie inicjator konkursu, Melchior Wańkowicz — ma do wypicia morze trudności. Poza przyczynami natury organizacyjnej, naszym ubóstwem itd., te trudności wynikają ze złego zrozumienia w społeczeństwie pracy lekarza społecznego. „Pamiętniki" powinny przyśpieszyć proces tego zrozumienia".

Dla wielu będzie też może rewelacją, kiedy w urzędniku „chorej kasy" odkryją człowieka. Człowieka, którego się nie domyślają; dla którego jest męką, że „patrzy z oszańcowania swojego grona ubezpieczonych, — jak pisze w Przedmowie Melchior Wańkowicz — z gabinetu, który tylko tym ubezpieczonym lub płacącym winien służyć, i bezsilnie obserwuje, jak o ten gabinet bije ocean nieszczęścia ludzkiego, któremu możnaby zaradzić, któremu czuje się powołany służyć i któremu służyć nie jest w stanie".

„Cóż tu się dziwić! — czytamy jeszcze w Przedmowie. — Jeden umysłowo chory zjada cały budżet gminny przeznaczony na leczenie. Jedna choroba zjada cały majątek chorego".

Ta druga strona zagadnienia jest tu naturalnie o wiele donioślejszą i stokroć groźniejszą. Stajemy wobec obrazu przerażającego: „Są wsie, w których brak w pewnych latach roczników szkolnych i rekruckich, bo kiedyś wytępiła w nich dzieci epidemia. Choroby społeczne panoszą się niemal bezkarnie. Lekarz jest niedostępnym luksusem. Przywozi się go w ostatniej chwili — razem z księdzem"...

Niepocieszającą lekturę przynosi ta wielka księga wyznań i spowiedzi. To prawda. Ale jeśli w indeksie jej końcowym, odsyłającym czytelnika do odpowiednich partyj książki, rubryki „ciemnota" i „znachorstwo" zajmują tyleż miejsca, co „gruźlica" i „syfilis" — a te zajmują nader wiele miejsca — to dochodzimy do prostego wniosku, że aby ze złem walczyć, trzeba je widzieć bez osłonek. To zło demaskuje brutalnie ta książka. I w tym także jej wartość.

Dwie następne książki — jedną napisaną przez kobietę, drugą przez mężczyznę — łączy nie tylko forma pamiętnika, ale i wspólny motyw naczelny: dzieje borykań w dążeniu do zdobycia wiedzy medycznej — wśród zawichrzeń Wielkiej Wojny. Autorzy należą więc do tego samego pokolenia.

Pamiętnik doktora Delty, pisany bezpretensjonalnie, jest ciekawym dokumentem przeżyć lekarki w klinikach i szpitalach. Odsłania perspektywę na świat mało znany profanom, a tym, co sami stykają się ze szpitalem daje wiele świeżych, niespodzianych spostrzeżeń.

Warto dodać, że książka nie jest też pozbawiona interesującej fabuły, ściśle splecionej z całością opowiedzianych tu zdarzeń.

Autor trzeciej książki — to człowiek dla którego medycyna stała się wielką przygodą.

Rosjanin arystokratycznego pochodzenia, jako siedemnastoletni młodzieniec znalazł się podczas Wielkiej Wojny wśród niedobitków „Białej Armii". Pod wpływem przeżyć rewolucyjnych i wojennych postanowił zostać lekarzem, nieść ulgę umęczonemu człowiekowi. Zaczynał bez grosza, bez ojczyzny, bez oparcia na świecie.

„Przeszedłem przez czyściec życia — pisze o sobie w epilogu; — byłem więźniem, palaczem, profanatorem trupów, nie posiadającym kwalifikacji asystentem, włóczęgą, kelnerem — studentem, modelem, człowiekiem ciężko chorym — i wypłynąłem znów na powierzchnię jako doktór medycyny, drugi chirurg szpitala i obiecujący młody człowiek z najlepszą perspektywą osobistego szczęścia i pięknej przyszłości zawodowej. Potem życie pognębiło mnie znowu; szukałem ucieczki od ludzi, którym chciałem przedtem pomóc, i pogrążyłem się w najczarniejszej rozpaczy, do jakiej zdolna jest istota ludzka. Kiedy wyszedłem z tej ostatniej, oczyszczającej próby ogniowej — byłem nareszcie człowiekiem."

Z obieżyświata — był kolejno po tułaczce wojennej w Sofii, Paryżu, Florencji, Berlinie — został lekarzem. Dziś jest ordynatorem na oddziale chirurgicznym w Londynie, gdzie osiadł na stałe.

Ludzie i sprawy, z którymi zetknął się już jako lekarz, nie należą też do zwykłych; nie mniejsze budzą zainteresowanie, niż samo życie autora.

Dużo jest rzeczy ponurych w tej książce, ale sama książka nie jest ponura; jest optymistyczna. Dzieje bowiem doktora Sawy dają obraz nieustępliwej walki o zdrowie i życie ludzkie i ustawicznego poszukiwania człowieczeństwa.

Z.



Kobieta na szerokim świecie

OPIEKA NAD MATKĄ I DZIECKIEM W SZWECJI.

Pomoc materialna dla niezamożnych matek już oddawna istnieje w Szwecji, lecz nowsze ustawy (1937) rozszerzyły ich zakres. Każda kobieta, której dochód nie przekracza 225 funtów szterl. otrzymuje od państwa w razie połogu zasiłek 3—10 funt. gotówką, oprócz tego bezpłatną opiekę położnej w domu, względnie pobyt w szpitalu za opłatą szylinga dziennie. Jeżeli kobieta jest ubezpieczona, opłata wynosi trochę więcej, lecz wtedy państwo płaci część zasiłku ubezpieczalni. Przy wypłacaniu tych zasiłków nie kieruje się rząd względami na skrajne ubóstwo matek, lecz pragnie im, nawet jeżeli zarabiają, dopomóc w opłaceniu wydatków z racji urodzin dziecka. Dla każdej kobiety, zamężnej, czy nie, okres macierzyństwa jest okresem trudnym, kiedy jest wiele wydatków i trzeba nieraz przyjąć płatną pomocnicę do pracy domowej, do opieki nad inymi dziećmi. A niekiedy nawet kobieta traci swą pracę zarobkową.

Prawodawca szwedzki liczył się z tą sytuacją. To też każda kobieta, która w okresie ciąży lub połogu znajdzie się w trudnościach materialnych, przekraczających ową sumę zasiłku, ma ponadto prawo do Pomocy Macierzyńskiej, która wynosi sumę 15 funtów, wypłacaną ratami podczas ciąży i po urodzeniu dziecka, tak, by matka mogła poświęcić więcej starań i czasu dziecku w pierwszych tygodniach jego wątłego życia. Biura pomocy macierzyńskiej zostały stworzone, aby badać sytuację matek, ustalać sumy, jakie im należy wypłacać. Personel tych biur składa się przeważnie z kobiet.

Ostatnie dekrety w Szwecji zapewniają też pomoc państwową dla dzieci, które straciły ojca lub których ojciec jest niezdolny do pracy. Takie dziecko otrzymuje 13 funtów szterl. rocznie, jeżeli dochody rodziny nie przekraczają oznaczonej sumy. Suma ta zmienia się zależnie od ilości dzieci w rodzinie. Zasiłek jest wypłacany do 16 roku życia dziecka.

Dla dzieci matek niezamężnych lub rozwiedzionych ustawa (1937) ustanawia zasiłek państwowy, który jest wypłacany w razie, jeżeli ojciec nie może płacić należnych alimentów, lub też ociąga się z ich wypłatą. W tym ostatnim wypadku, na skargę matki, państwo wypłaca ustaloną sumę alimentów, tytułem zaliczki, którą potem rewindykuje od ojca odpowiednią drogą prawną. Dzięki temu, nawet przy złej woli ojca, lub zaleganiu wypłaty, dziecko nie jest skazane na nędzę.

Aby ułatwić zawieranie małżeństw, nowe prawo (1938) przyznaje różne ulgi podatkowe żonatym i ojcom liczniejszych rodzin, zależnie od liczby dzieci.

(„Kurier Warszawski")

KINO I ZAWÓD PIELĘGNIARKI

Szpital w Lenham w Anglii nie może, mimo bardzo korzystnych warunków, zaangażować żadnej pielęgniarki. Jak wykazały ankiety, przeprowadzone przez kierownictwo szpitala, wyłączną przyczyną braku zgłoszeń jest brak kina. Jedna z pielęgniarek pisze: „Co robiłabym w wolnych godzinach, gdy po zmęczeniu czuwaniem nad chorymi umysł pragnie kulturalnej rozrywki. Monotonia szpitala działa zabójczo nawet na najsilniejsze jednostki". W tych warunkach zarząd szpitala postanowił urządzić kino na terenie zakładu.

ASEKURACJA NA WYPADEK URODZENIA BLIŹNIĄT

Największe angielskie towarzystwo ubezpieczeniowe „Lloyd" zapoczątkowało nowy rodzaj ubezpieczeń na wypadek urodzenia bliźniąt. Opłaty są zależne od stanu zdrowotnego matki, od okoliczności, towarzyszących poprzednim urodzeniom i t. p. Jeśli osoba asekurująca się miała już bliźnięta, towarzystwo przyjmuje na siebie wydatki związane z wychowaniem obojga dzieci do lat czternastu.

WYDAWCA: Feliksa Choińska

Zakłady Drukarskie B-ci Wójcikiewicz, Warszawa.